

Предположительным триггером заболевания стала тромбоземболия легочной артерии, приведшая к первому эпизоду гипотонии (не исключено, что на момент дебюта ТЭЛА объем тромботических масс в легочном русле был больше), компенсаторному выбросу катехоламинов и цитотоксическому действию последних на миокард, согласно теории катехоламин-индуцированного «оглушения» миокарда.

Лечение пациентки, проведенное в НМХЦ им. Н.И. Пирогова, соответствовало стандартам терапии острой сердечной недостаточности и включало вазопрессорную и инотропную поддержку в остром периоде заболевания, оксигенотерапию в объеме неизвальной вспомогательной респираторной поддержки в режиме СРАР, по стабилизации гемодинамики – ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и диуретики. Также проводилась антитромботическая терапия, включавшая внутривенное введение нефракционированного гепарина и варфарина. В результате лечения у

больной удалось достичь стабилизации гемодинамических и респираторных показателей, полного лизиса тромботических масс в сосудистом русле легких и восстановления сократимости левого желудочка уже в госпитальном периоде. Как свидетельствовали данные эхокардиографии, к 10 суткам госпитализации был отмечен практически полный регресс зон асинергии и повышение фракции выброса левого желудочка до 65%. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. При последующем наблюдении признаков сердечной недостаточности у нее не выявлялось.

В заключение следует отметить, что точная распространенность КМП «такотсубо» в популяции российских больных остается неизученной. Диагностика заболевания подразумевает комплексное обследование пациента с обязательным выполнением ангиографического исследования, что возможно только в условиях современного многопрофильного стационара.

#### Литература

1. Satoh H., Tateishi H., Uchida T., et al. Tokyo: Kagakuhyouronsya Co, 1990. – P. 56–64.
2. Desmet W.J., Adriaenssens B.F., Dens J.A. Heart. – 2003. – Vol. 89. – P. 1027–1031.
3. Bybee K.A., Prasad A., Barsness G.W., et al. Am J Cardiol. Aug 1 2004;94(3):343-6.
4. Donohue D., Movahed M.R. Heart Fail Rev. Dec 2005;10(4):311-6.
5. Gianni M., Dentali F., Grandi A.M., et al. Eur Heart J. Jul 2006; 27(13): 1523-9.
6. Afonso L., Bachour K., Awad K., et al. Eur J Echocardiogr. Nov 2008; 9(6): 849-54.
7. Dorfman T.A., Iskandrian A.E. J Nucl Cardiol. Jan-Feb 2009; 16(1): 122-34.
8. Sharkey S.W., Lesser J.R., Menon M., et al. Am J Cardiol. Jun 15 2008; 101(12): 1723-8.
9. Merchant E.E., Johnson S.W., Nguyen P., et al. WestJEM. 2008; 9: 104-11.
10. Pilgrim T.M., Wyss T.R. Int J Cardio. Mar 14 200-8;124(3):283-92.
11. Prasad A., Lerman A., Rihal C.S. Am Heart J. Mer 2008; 155(3): 408-17.

#### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70  
e-mail: nmhc@mail.ru

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кавалерский Г.М., Грицюк А.А.,  
Середя А.П., Сметанин С.М.

УДК: 616.718.4-006.342-08

### CLINICAL CASE OF TREATMENT OF OSTEOSTOCLASTOMA PROXIMAL FEMUR

Kavalerskij G.M., Gricjuk A.A., Sereda A.P.,  
Smetanin S.M.

Актуальной проблемой в современной травматологии и ортопедии является лечение пациентов с обширными опухолями костей и замещение образо-

вавшегося после резекции костного и мягкотканого дефекта, которое на современном этапе возможно путем применения модульного эндопротеза. В случаях поражения опухолевым процессом проксимального отдела бедренной кости применение стандартных и ревизионных ножек зачастую невозможно, так как они не позволяют реконструировать дефект кости, возникающий после резекции, интраоперационно корректировать длину сегмента и восстанавливать фиксацию мышц к утраченной кости.

Одним из решений этой проблемы является применение модульных эндопротезов, но при этом остается вопрос качественной реконструкции прикрепления проксимальных мышц бедра и формирования адекватного капсульно-связочного аппарата. Ранние модели мегапротезов имели отверстия, к которым подшивали мышцы. Однако такая точечная рефиксация механически ненадежна и не создает плотно прилегающий мягкоткано-мышечный футляр, обеспечивающий двигательную функцию и стабильность эндопротеза.

Немецкими учеными совместно с инженерами компании «Implantcast GmbH» были созданы специальные микропористые синтетические муфты «Attachment Tube» серии «Trevira», которые характеризуются высокой механической прочностью. Малый размер пор (200 мкм) обеспечивает механически прочное вращение мягких тканей, а сам материал муфты характеризуется хорошей биосовместимостью.

Представляем вашему вниманию случай лечения остеобластокластомы проксимального отдела бедренной кости.

Пациентка П., 44 лет, поступила на лечение в клинику травматологии, ортопедии и патологии суставов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова 12 марта 2012 года с диагнозом: остеобластокластома проксимального отдела правой бедренной кости, патологический подвальный перелом, остеосинтез клинковой пластиной от 30.12.2010 года (рис. 1).

Перелом возник 26 декабря 2010 года в результате падения на улице. Доставлена в ЦРБ г. М., где был диагностирован под-



Рис. 1. Рентгенограммы при поступлении

вертельный перелом правой бедренной кости. 30 декабря 2010 года был выполнен остеосинтез клиновидной пластиной. В течение года после операции признаков консолидации не отмечалось, имели место жалобы на боли в области правого бедра при ходьбе, а в зоне перелома появилось разрезание костной ткани. В январе 2012 года пациентке по месту жительства была выполнена биопсия и диагностирована фиброзная дисплазия.

При поступлении в клинику пациентка предъявляла жалобы на выраженные боли в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при опоре на ногу, на ощущение деформации при осевой нагрузке.

15 марта 2012 года пациентке была выполнена операция – удаление опухоли, мегаэндопротезирование проксимального отдела бедра и тазобедренного сустава.

В ходе оперативного лечения первым этапом была выполнена резекция опухоли единым блоком вместе с металлоконструкцией в пределах здоровых мягких тканей по принципу абластичности. Размер удаленного костно-мягкотканого блока составил 28\*15\*14 сантиметров (рис. 2). Дефект бедренной кости составил 27 сантиметров.

Следующим этапом выполнено эндопротезирование модульным мегапротезом Mutars (ImplantCast GmbH, Германия). Вертлужный компонент уста-



Рис. 2. Удаленный проксимальный отдел бедренной кости, пораженный опухолью



Рис. 3. Вид модульного бедренного компонента в ране

новлен press-fit. Далее был имплантирован бедренный компонент, состоящий из дистального блока, фиксирующегося интрамедуллярно, среднего блока, позволяющего корректировать длину бедренной кости (рис. 3).

Вокруг бедренного компонента была фиксирована муфта, которая после вправления эндопротеза была подшита к краям вертлужной впадины с целью реконструкции капсульно-связочного аппарата (рис. 4). Затем к муфте были подшиты мышцы.

Операция длилась 120 минут. Гемотрансфузия не проводилась, на операции использовался Cell Saver, было реинфузировано 300 мл.

Пациентка активизирована на следующий день после операции, отмечалась ортостатическая гипотензия. Рана зажила первичным натяжением. Выписана на 14 сутки после операции. Фотографии пациентки при выписке представлены на рис.5 а, б.



Рис. 4. Синтетическая муфта, фиксированная к вертлужной впадине

Гистологическое исследование показало остеобластокластому.

Консультирована через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Ходит без дополнительной опоры, с незначительной хромотой. Активно жалоб не предъявляет. Длина ног одинаковая. Отведение бедра 20°, сгибание - 60°, разгибание - 10°. При рентгенографии через год после операции определяется стабильное положение компонентов и хорошая остеоинтеграция (рис. 5 в).



Рис. 5. А, Б – фото пациентки при выписке на 14 сутки после операции. В – рентгенограмма через год после операции

Представленное нами клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики опухолевого процесса на ранних стадиях, который может проходить под маской травмы. Патологический характер перелома не был распознан, что привело к обширному опухолевому разрушению проксимального отдела бедренной кости.

В случаях обширной резекции костной опухоли применение модульного эндопротеза и синтетической муфты позволило эффективно восстановить функцию нижней конечности.

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сметанин Сергей Михайлович  
Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова,  
клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов  
тел.: +7 (916) 626-67-81  
e-mail: sergey.sgmy@gmail.com

## СИНОВИАЛЬНЫЙ ХОНДРОМАТОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Дробышев А.Ю., Деев Р.В.,  
Васильев А.Ю., Свиридов Е.Г.

УДК: 616.76-006.82

### SYNOVIAL CHONDROMATOSIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Drobyshev A.Ju., Deev R.V., Vasilev A.Ju.,  
Sviridov E.G.

#### Введение

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по частоте встречаемости в практике стоматологии и челюстно-лицевой хирургии занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта. По результатам исследований Н.А. Рабухиной (1994), М.Н. Пузина (2002), от 40 до 70% населения России имеют различные нарушения функций ВНЧС. В настоящее время наиболее часто встречаются такие заболевания височно-нижнечелюстного сустава, как артрит (острый и хронический), артроз, анкилоз, вывихи, подвывихи, новообразования, а также симптомокомплекс дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Опухолевые заболевания являются не частыми находками. Большая часть из них представлена хондромами и хондросаркомами, неоплазиями синовиальной оболочки. Синовиальный хондроматоз ВНЧС развивается относительно редко, этим обусловлено то, что этиология,

механизмы развития и патоморфология этих новообразований являются малоизученными. Вследствие этого долгое время продолжается дискуссия об истинной природе хондроматоза ВНЧС. Ряд авторов являются сторонниками теории нарушения обменных процессов в синовиальной жидкости сустава, другие относят данную патологию к опухолям и опухолеподобным процессам. По действующей классификации МКБ-10 синовиальный хондроматоз (М67) относят к разделу «другие поражения синовиальных оболочек и сухожилий». В доступной литературе описано около четырех десятков случаев. В связи с чем, описание клинического наблюдения синовиального хондроматоза ВНЧС представляет как практический, так и теоретический интерес.

#### Клиническое наблюдение

Пациентка Ф., 53 лет, поступила в Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ (ЦС и ЧЛХ МГМСУ) с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области справа, хруст в правом ВНЧС, ограничение открывания рта. Со слов пациентки, первые признаки заболевания проявились в виде хруста в правом ВНЧС во время жевания, в середине 2009 г., а визуально определяемое опухолевидное образование – в конце 2009 г. Пациентка отмечала, что образование периодически увеличивается в размерах, появляется чувство дискомфорта при жевании. В медицинском учреждении по месту жительства был поставлен предварительный диагноз саркома; пациентка была направлена для консультации в онкодиспансер, где после цитологического исследования злокачественная патология была исключена и поставлен диагноз «Хронический паротит справа? Плеоморфная аденома правой ОУСЖ?». Антибактериальная терапия, проведенная по месту жительства, принесла временное улучшение. В связи с повторной манифестацией в 2010 г. обратилась в ЦС и ЧЛХ. Проведено КТ-исследование (05.10); Поставлен предварительный диагноз синовиальный хондроматоз правого ВНЧС, синовиит.

Состояние при поступлении общее состояние удовлетворительное. При осмотре выявлено, что конфигурация лица изменена за счет наличия новообразования в правой околоушно-жевательной области размером 3 × 3,5 × 3 см, безболезненного при пальпации, плотно-эластической консистенции. Кожа над образованием в цвете не изменена, легко собирается в складку. Открывание рта – 2,5 см. В полости рта: слизистая оболочка бледно розового цвета, умеренно увлажнена, без видимой патологии. Пальпация правой медиальной-крыловидной мышцы резко болезненна.

Состояние при поступлении общее состояние удовлетворительное. При осмотре выявлено, что конфигурация лица изменена за счет наличия новообразования в правой околоушно-жевательной области размером 3 × 3,5 × 3 см, безболезненного при пальпации, плотно-эластической консистенции. Кожа над образованием в цвете не изменена, легко собирается в складку. Открывание рта – 2,5 см. В полости рта: слизистая оболочка бледно розового цвета, умеренно увлажнена, без видимой патологии. Пальпация правой медиальной-крыловидной мышцы резко болезненна.

Ультразвуковое исследование от 02.11. На глубине 0,8 см и далее визуализировалось образование с ровными и четкими контурами, пониженной эхогенности, неоднородной структуры с наличием гиперэхогенных включений размером 0,3–0,5 см. Кровоток в проекции образования не определяется. Размеры образования и его органную принадлежность настоящим методом определить не представлялось возможным. Правая околоушная слюнная железа обычных размеров с ровными контурами, обычной эхогенности и структуры, проток не расширен, конкременты не определялись. Заключение: образование правой околоушно-жевательной области.

КТ с контрастированием от 02.11. Заключение: КТ-картина соответствует объемному образованию правой околоушно-жевательной области. Структура образования неоднородна, включает